

проходимости кроются в дисфункции вегетативной нервной системы; биологическом воздействии средне- и низкомолекулярных пептидов, микробных токсинов, гуморальных веществ, повышении внутрикишечного и внутрибрюшного давления, электролитных и микроциркуляторных нарушениях. При этом кишечник становится основным источником эндогенной интоксикации и токсемии.

В этой связи декомпрессия и санация желудочно-кишечного тракта является обязательным мероприятием в системе лечения распространенных форм острого перитонита. Начинается она в дооперационном периоде и заключается в аспирации желудочного содержимого и промывании желудка. При отсутствии противопоказаний целесообразна постановка больному очистительной клизмы.

Выбор метода интраоперационной декомпрессии и санации желудочно-кишечного тракта и его продолжительность в послеоперационном периоде трактуется источником перитонита, фазой течения перитонита и его распространенностью.

Если операция проводится в ранние сроки от момента заболевания, в реактивную фазу течения распространенного перитонита, когда моторно-эвакуаторные функции не выражены, считаем целесообразным закончить оперативное вмешательство назоинтестинальной интубацией кишечника. В послеоперационном периоде в течение 2-4 суток дважды в течение суток осуществляют аспирацию желудочно-кишечного содержимого на фоне комплексной терапии перитонита, после чего зонд удаляют.

При позднем поступлении больных (в токсической и терминальной фазах перитонита), когда имеются значительные нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, возникает вопрос об удалении токсического содержимого из кишечника на операционном столе и в послеоперационном периоде. Таким больным в 100% случаев считаем декомпрессию кишечника показанной. Заканчивать операцию, не опорожнив содержимое кишки, неправильно. Методами выбора декомпрессии кишечника являются назоинтестинальная закрытая интубация кишечника, как метод более физиологичный; либо через цеко- или илеостому открытая декомпрессия кишечника у больных пожилого и старческого возраста с нарушениями функций сердечно-сосудистой и легочной систем, патологией носоглотки и пищевода, и при невозможности провести зонд Эббота-Милера-Шиманского через 12-перстную кишку. При этом декомпрессия тонкой кишки, нередко, сочетается с трансректальной интубацией толстой кишки.

Считаем целесообразным удалять зонд, поставленный с целью декомпрессии на 5-6 сутки после операции.

Показаниями к извлечению зонда являются: отсутствие застоя в желудке, отсутствие вздутия живота и шума плеска, уменьшение количества отделения кишечного содержимого до 300-400 мл в сутки, появление перистальтики кишечника, самостоятельная дефекация.

В последние годы при релапаротомиях по поводу послеоперационного перитонита применяем илиостомию по Торн-Болу. У большинства больных в терминальной стадии перитонита заканчи-

Полынский А.А., Мармыш Г.Г.,  
Цилиндзь И.Т.

## **ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА**

/ Гродно /

Высокая летальность при распространенном перитоните продолжает волновать ум и сердце хирургов. Одной из главных причин летальности при перитоните является прогрессирование динамической кишечной непроходимости, что является основным звеном патогенеза разлитого перитонита. Причины паралитической кишечной не-

ваем операцию лапаростомией, что позволяет в послеоперационном периоде производить санацию брюшной полости и осуществлять контроль за течением патологического процесса.

Применение вышеуказанной методики декомпрессии кишечника в комплексной системе лечения острого перитонита в последние годы заметно снизило послеоперационную летальность.